

「境界性パーソナリティ障害患者の看護は難しい」 という観念が看護者に生じる過程について

須 藤 葵

新潟青陵大学看護学科

The process by which nurses develop the idea that
borderline personality disorder patients are difficult to care for

Aoi Sudo

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSINGS

Abstract

Many psychiatric nurses with experience in caring for borderline personality disorder (BPD) patients hold the idea that such patients are difficult to nurse. This study investigates what happens in the minds of nurses during the course of developing such notions by analyzing data obtained from participant observations and interviews with 11 nurses. It was discovered that the nurses unconsciously recognize each patient's characteristics, which they try to fit into their own reference frames in an attempt to interpret and understand the patient (interaction with self). Reference frames, which can be classified into several categories, are becoming more commonly used among nurses, which has the effect of reinforcing them. It was discovered that nurses sometimes feel agitated when many characteristics of BPD patients do not fit into their existing reference frames, and that they tend to lose flexibility in caring for such patients as a result of trying to categorize patients based solely on the reference frames built up during their own nursing experience. The results suggested that nurses develop the idea that BPD patients are difficult to care for in such cases.

Key words

Borderline personality disorder , Idea , Frame

要 旨

精神科領域においては、境界性パーソナリティ障害（Borderline personality disorder：BPDと略）患者の看護経験を有する多くの看護者が、「BPD患者の看護は難しい」という観念を持っている。本研究は、このような観念が看護者の中に生まれる過程において看護者の心の中にどのような動きがあるのか、参与観察によって得られたデータと11人の看護者のインタビューから考察した。看護者は無意識のうちに対象の特徴をとらえ、自らがもつ様々な“フレーム”に当てはめて対象を解釈し理解しようとしていることがわかった（自己との相互作用）。フレームはいくつかに分類され、看護者の中で優先して用いられたり、強化されたりもしている。BPD患者の看護においては、既存のフレームに合致しない状況が多く生じることによって看護者の動揺を招いたり、経験によって作り出したフレームにのみ情報を当てはめて対象像を固定してしまい、柔軟に対応できていないことがある。そのような時にBPD患者に対する看護が難しいという観念が生じることが示唆された。

キーワード

境界性パーソナリティ障害 観念 フレーム

はじめに

どの看護領域においても「看護が難しい」という思いを抱くことはあるが、とりわけ精神科に携わる看護者が、境界性パーソナリティ障害（Borderline personality Disorder：以下BPDと略）患者に対する看護が難しいという思いにかられることは、異口同音に表現されてきた。

これまでの研究におけるBPD患者に対する看護の難しさの要因は、BPDの病理あるいは患者の激しく移り変わる状態といった患者側に帰属する因子と、BPD患者を看護する十分な設備と体系的で総合的な看護のフレームワークがないといった環境に関する因子、そして、看護者に陰性感情が生じたり能力が欠如しているといった看護者に帰属する因子の三点に集約されてきた¹⁾²⁾³⁾⁴⁾。

BPD患者の看護は難しいのだろうか。なぜ、難しく感じるのだろうか。看護者の外的因子、または看護者自身の資質が「難しい」という観念を生じさせるのだろうか。こうした疑問から発し、本稿は「BPD患者の看護が難しい」という観念が精神科の看護者に形成される過程について示唆を得ようと、病棟内での看護場面の観察と現任看護者へのインタビューを実施した。それらをBlumerのシンボリック相互作用論⁵⁾を枠組みとして分析、考察した。

1. 境界性パーソナリティ障害の概要と患者イメージ

BPDの有病率は、一般人口の2%、精神科外来診療所に来診する患者の約10%であり、精神科入院患者の約20%を占める。さらに、人格障害の診断を受けた人々のうち30~60%がBPDで、そのうち75%が女性であるといわれている⁶⁾。わが国では、国公立病院の精神科で47.5%、民間病院では53%の施設において1~6名あるいはそれ以上のBPD患者が入院していると報告があり⁷⁾、BPD患者を看護する機会は決して少なくない。

実際にBPD患者と接してみると、彼らの気分が落ち着いている時は「なぜ入院しているのか」と違和感を覚えるくらいに穏やかで社会的であり、引き込まれそうなほどに興味深

い。入院するBPD患者は男女を問わず若い世代（10代後半~30代）であることが多く、彼らが穏やかな時の病棟内は、精神科病棟のどちらかといえば閉鎖的で暗いイメージを覆すほど華やかな雰囲気包まれることさえある。しかし、一旦行動化すると穏やかであった状態が信じられなくなるほどの変貌ぶり⁸⁾で、思わず“豹変”という言葉が脳裏をよぎる。病棟の中は一瞬にして殺気立ち、雰囲気は一変する。

看護者は、BPD患者の看護に携わるようになって、精神科領域における看護についてこれまでとは違う何かを感じ取り、次のようなイメージをもつに至った。

“The patient is not ill at all and is wasting my time.”⁸⁾

“The behavior of patients with borderline personality disorder is manipulative or “bad,” not “mad.””⁹⁾

彼らのMoodは、儚さを感じさせるかと思えば、どこにそんなエネルギーを秘めていたのかというくらい攻撃的に変化する。精神科に勤務する多くの看護者は、必要以上に時間を費やすことを余儀なくされ、「操作的」で「悪く」感じるのである。そして、看護者はこの状況に翻弄され、BPD患者の看護を難しく感じて、そのこと自体を自覚した¹⁰⁾。看護者の中に「BPD患者の看護は難しい」という観念が生じるには、これまでの研究から示唆された様々な要因が絡んでいることは容易に想像できる。しかしながら、それらの要因が看護者によってどのように処理され、「BPD患者の看護は難しい」という観念に到達していくのだろうか。

2. 研究方法

本研究は、Blumerの相互作用理論に基づき、以下の前提をもとに実施した質的研究である。

- ・看護者はBPD患者の存在自体や彼らが発する言動が、看護者自身に対してもつ意味に則って、BPD患者の存在自体や、彼らの発した言動に対して行動する。
- ・BPD患者の存在や彼らが発する言動などの意味は、看護者がその仲間たちと一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発

生する。

- ・BPD患者の存在や彼らが発する言動などの意味は、看護者が出会ったBPD患者の存在や彼らが発する言動などに対処する中で、看護者が用いる解釈の過程によって扱われたり、修正されたりする。

これらを前提とした自己 他者間の相互作用を図1に示した。

1) データ収集期間

平成15年5月6日～平成15年9月2日

2) データ収集方法

Blumerの方法論的スタンスは、「経験的社会的世界の直接の検討」⁽¹¹⁾である。これを踏まえて、参与観察法および半構成的面接法を選択した。

3) 調査対象

(1) 参与観察

大阪府内A病院（急性期病棟1病棟を含む9病棟で構成された精神科単科の病院で約300名の職員が従事）で実施。

(2) 半構成的面接

正看護師9名および准看護師2名（女性9名、男性2名）の合計11名に、2回ずつ面接を実施した。年齢構成は20歳代4名、30歳代4名、40歳代1名、50歳代2名である。

4) データ分析方法

データは、木下⁽¹²⁾⁽¹³⁾の提唱する方法に則って次のような手順で分析した。

まず、得られたデータを切片化し、理論の

最小構成単位となる概念を生成した。それらに対極あるいは類似性を示すものはないかを比較して概念間の関係の解釈を進め、平行して理論の“大きな流れ”をイメージ化（研究対象に特徴的なプロセスに対応して最終的にまとめられるであろう分析結果のおおざっぱなイメージ化⁽¹⁴⁾）しながら分析を進めた。

3. 結果および考察

ここでは、参与観察とインタビューで得たデータをカテゴライズした結果と考察を述べる。文章中の“ ”は、生データに対する直接的な概念を表す小カテゴリー、“ ”は類似した小カテゴリーを集めて概念化した中カテゴリー、“ ”は中カテゴリーを集めて更に大きくグループ化した大カテゴリーを表す。なお、“ ”は調査対象者から得た内容である。

1) 看護者がとらえているBPD患者の特徴とそれらの解釈

看護者は、BPD患者と接した際に様々な事柄を特徴としてとらえている。まず、客観的な「状態」として 操作的行動 不満 要求 拒絶 爆発性 異性への接近 社会性の欠如 見捨てられ不安 等の特徴としてとらえ、それを「厄介なイメージ」として受け取っており、従来の研究で報告されてきた内容⁽¹⁵⁻²⁰⁾と一致した。

また、“ 儚さ ”や“ 弱さ ”といった サインを醸し出す ことや、“ 豊富な話題 ”をもち “ 頭の回転が早く ” “ 計算高い ” こと、妄想ではなく “ 了解可能な言動 ” をもって流暢

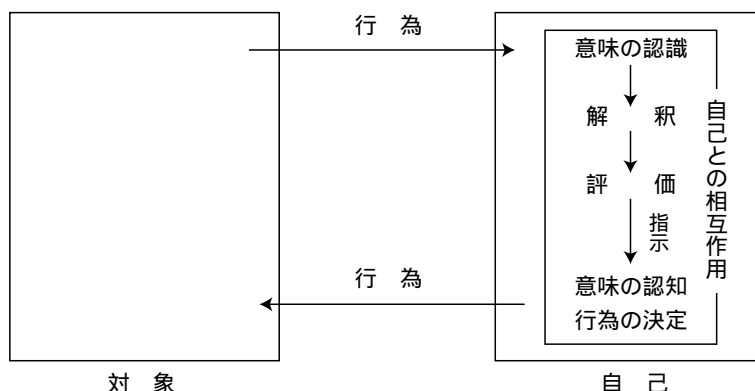


図1 自己との相互作用
相互作用理論を前提に須藤作成

に話を進めることができる 高い教養 をもつ「印象」を感覚的にとらえていた。さらに、女性患者に対して“こざれい”で“美人”、男性も“男前”というように 整った容姿 について多くの看護者が言及した。看護者はこれらをそうした印象を与える存在として「患者のタイプ(型)」あるいは「性格」と解釈している。しかしながら、

「(BPD患者個々が)似ているようで似ていないですね 非類似性」

「身体は大人で根は子どもですよ 心身のギャップ」

といった看護者の言葉から、「型」や「性格」とBPD患者個々の印象を似ているととらえながらもどこか似てはおらず、アンビバレンスな印象を植え付ける存在として目に写っており、大人の容姿と幼い行動のギャップを感じていることが伺えた。

さらに、患者自身だけでなく、彼らの社会背景において特に「家族関係」に問題があることが特徴であるととらえられていた。

「母親はかなり過保護やと... 過保護な母親」

「姉と比べてみたい 兄弟姉妹との比較」

「母親は自分の子が信じられませんかというんですよね 不信」

といった母親に関連した問題や、

「旦那さんも(精神疾患の)患者さんなんですよ 精神的不安定な配偶者」

という配偶者に関して、また

「子どもを甘やかして、その親御さんもちょっと甘やかされてたっていう例もありますしね 世代間連鎖」

等、幅広い家族問題を抱えていることを特徴としてとらえていることが明らかになった。

2) BPD患者と接した経験内容

全員の看護者がBPD患者の看護を繰り返し経験し、そこには 同じ時期に複数のBPD患者を看護する経験 や、夜勤帯において頻繁にかかわった経験 が含まれた。

具体的には、トラブル回避の対応 として“言葉を選択”し“約束を確認”する、積極的対応 として“要求を受け入れる”“率直に返答する”“持ち上げる(褒めるニュア

ンス)”、消極的対応 として“曖昧に返事する”“事務的に対応する”“話を切り上げる”などの行為で対応していた。そうした対応と同時に

「看護婦的にも、お母さんのにも心配なんですよ 親の心境」

「担当(看護師)は父親も母親もやってね」「こっちはちょっと寝て言ったら変やけど、そんなふうにかかわってる 親役割」

「言ってることとやってることがばらばらじゃないですか、治りたいなら行動に出してよね」「薬だけでもちゃんと飲んでくれたらね 自主的行動の要求」

「それなりに原因はあると思うんですけど、どうしてそんなふうになるのかをもっと言ってくれたらなあ 言語化への期待」

等、看護者は親の役割を自覚し、患者には患者役割²¹⁾を期待していた。実際に接するときは患者の反応を見ては押したり引いたりしながら「かけひき」し、時間とエネルギーというコストをかけてBPD患者と接していた。しかしながら、コストをかけて戦略的に対応しても看護者の思惑とBPD患者の要求とに一致がみられず、看護者は「ケアの不成立」を経験していた。さらにはBPD患者と対立して、攻撃を受ける経験につながっていた。また、直接的にBPD患者と言葉による対立もあるが、他の看護者が患者と対立することによって結果的に患者と看護者の間に溝ができ、自分自身も患者と対立する立場になってしまう間接的な経験も含まれた。さらにBPD患者本人に暴力を振るわれた経験を「攻撃」と受け取り、その「攻撃」を患者本人だけでなく患者の家族からも受けた経験があった。

3) BPD患者の言動を解釈・評価するためのフレームの存在

看護者は、BPD患者と接する中で様々な特徴をとらえ対応をしている。つまり、瞬時に患者の言動刺激を受け取り、その意味を解釈・評価した後には自らの行動として表しているのである。その過程を自己との相互作用とする(図1)。この自己との相互作用の中で受け取った刺激の意味を解釈・評価する際に、看護者は様々なフレームを用いていることが

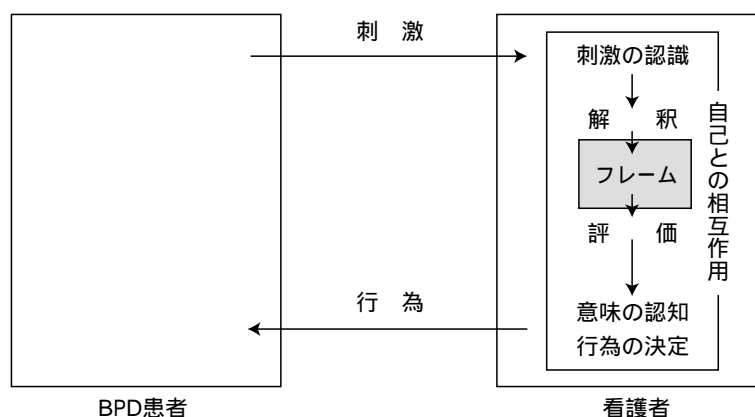


図2 フレームを通す自己との相互作用過程

示唆される。それは、看護師の心的内部に既存しているフレームを通して比較や分類が行われ、BPD患者の言動に意味づけをしているということであり、看護師がとらえた特徴や経験したこととして述べられたことは、個々のフレームを通して意味づけされたものである（図2）。

ここでいうフレームは、「準拠枠（frame of reference）²²⁾」という概念に類似している。Mertonによれば、個人が評価と自己評価の過程を経て出てきた結果とその決定因を体系化する場合の準拠枠は、「他の個人や集団のもつ価値や基準」である。個々の看護師がもつフレームは、他の個人や集団あるいは環境と相互作用した経験から無意識的に作り出された価値や基準と考えられる。例えば、看護師は病棟においてBPD患者だけではなく、「様々な患者とも相互作用」を経験している。特に統合失調症の患者と接した経験から「精神科の患者イメージ」像のベースを作り出しており、それらを「わかりやすいフレーム」として認知している。入院した患者の言動は「わかりやすいフレーム」に当てはめられ、看護師は自分の行動を導き出している。

「分裂の人にはある程度、なんていうか、指示的で物事を噛み砕いてできるだけわかりやすくしたら理解を得られることもあるんですけど、それをそのままボーダー（BPD）の人にはやりにくいなって… 統合失調症患者への対応フレームへの当てはめ」

また、看護師は「患者の家族と相互作用」

することによって、BPD患者本人のイメージを家族の目を通したイメージをフレームとして取り入れていることもある。加えて、看護師間あるいは医師との間での情報交換、相談・報告などを通じてフレームを作り上げている。ただ、スタッフ間で相互作用して作られたフレームには、プロフェッショナルなフレームと共に「ゴシップ」が含まれることがある。実際に休憩時間に何気なく話される「噂話」に、実際には見たこともなく、話の出所もわからないような内容が含まれ、それをフレームとして蓄積し、使用していることがあった。

このように病院内での相互作用で作られるフレームに加え、看護師のフレームは看護師自身の「プライベート」な空間でも多様な相互作用によって種々のフレームが作り出され、それらを駆使してBPD患者の看護に当たっているのである。

4) フレームを通して解釈・評価すること

看護師は対象の評価・解釈をするときに、単に1つのフレームにのみ照らし合わせるのではなく、1つのこともあれば複数のフレームを用いることもある。そして、このようにフレームを通して対象を解釈し・評価しているということは、ほとんどの場合において意識されることはない。しかし、必然的な過程で誰もがやっていることとはいえ、フレームを通して対象を解釈・評価することは時として患者との相互作用がスムーズに運ばない状

況を作り出すことがある。看護者の無意識におけるフレームの用いられ方には次のようなことが考えられる。

(1) プロフェッショナルフレームとプライベートフレーム

看護者が自己との相互作用の中で用いるフレームというのは、解釈を助け評価の基準になるものである。看護者は常に、過去に認知した対象像と、現在相互作用しているBPD患者という対象を比較対照しながら解釈し、評価して自らの行為を導くのである。

看護者がBPD患者との相互作用における自己との相互作用過程で用いるフレームというのは、BPD患者との相互作用をはじめ、看護者が日常的に経験している相互作用によって認知されたものである。

これらのフレームには、プロフェッショナル（専門的）フレームとプライベート（私的・個人的）フレームという看護者の公私の観点によるフレームに分けられると考えることができる。これは看護者のもつフレームが、明確にどちらかに分類されるというものではない。大まかに分類できるものがあるとすれば、看護者自身の病院外での社会生活における相互作用によって作られたフレームは、プライベートフレームに属することになるであろう。看護者は病棟以外での社会的相互作用の場において、その社会における倫理や規範をとりいれ、やがて観念として固定化していく。そして、それを看護者は価値観として認知するようになり、看護者個人の私的なフレームとして有するようになるのである。

プライベートフレームについて特に述べておきたいのは、看護者間の相互作用によって認知されたフレームについてである。看護者間では頻繁に情報交換がなされるが、認知した対象像が専門的に吟味された内容ならば、それはプロフェッショナルフレームとして用いられることになるであろう。しかし、今回の調査で浮び上がった看護者間の「ゴシップ」となると、これはプロフェッショナルフレームではなくプライベートフレームとして機能していると思われる。

公的な場において看護者間で取り扱われる情報は、患者のプライベートに関するもので

ある。ここで取り扱われる情報はBPD患者という対象を理解するうえで必要な情報であり、看護者はこれを専門的に解釈・評価したうえでプロフェッショナルフレームとして機能させていくのである。しかし、まれにBPD患者の情報がゴシップとして取り扱われることがある。ゴシップ要素を含む患者の情報は、それが直接看護ケアに結び付けられるとは限らない。それらは看護者の興味本位で公にされる情報であり、専門的な視点より親しみや時には悪意を含み、その真意さえはっきりしないこともある。ゴシップを発するときには既に発信者のプライベートフレーム（例えば、家族観や男性観、倫理観など）を通して認知した意味を口頭で述べるという行為によって相手に伝え、受け取った相手もまた、自分のプライベートフレームを通して解釈・評価し意味を認知しているのである。ゴシップを含んだフレームがBPD患者との実際の相互作用で用いられると、はじめから個人的価値観を含んだフレームと比較対照することになり、看護者個人の、あるいは看護者集団に共通の私的な価値観というバイアスがかかった状態で患者を解釈し評価するという状況が起こる。

しかしながらここで指摘したいのは、プロフェッショナルフレームを通すことがよいとか、プライベートフレームは悪いということではない。他の疾患の患者を解釈・評価する時においても、プライベートフレームを通すことは皆無ではないと思われる。しかし、看護者がBPD患者と相互作用するときに、プライベートフレームを通す状況が頻繁に起こっている。まさに「良い」とか「悪い」といった倫理による意味づけが起こっているときがその状況である。BPD患者と接している際に現実的にその場で解釈・評価しきれず、しかしその場で何らかのアクションを起こさねばならない状況に陥ったとき、看護者はプライベートフレームを用いてBPD患者を解釈・評価し、自分の行為を導いているのである。これは、看護者がさまざまなフレームを駆使して患者を理解しようとする行為の現れであり、その場を穏便に済ます、あるいは自分自身を納得させるための看護者のアドリブによ

る防衛であるとも言える。それゆえに、どのフレームを使うことがよいとか悪いとかいうことは短絡的には述べられない。

(2) ベーシックフレームがもたらす当惑

看護者は、精神科病棟においてBPD患者と接する機会よりも、他の疾患の診断を受けた患者と接する機会が多いことは、対象病院における精神疾患別の入院比率、および全国的な入院統計²³⁾を見ても明らかである。つまり、看護者は病理が わかりやすい 患者と接する機会が多いということである。今回の調査では、わかりやすい 疾患として看護者は「統合失調症」「躁うつ病」などを挙げている。そして、Gallopらの報告と同様に、これらの疾患を患う患者が示す症状に対する対応もわかりやすい ものとして認知している。このわかりやすさは、必ずしも看護が楽であることとつながるものではないが、看護者が安心を得る材料にはなっている。というのも、対処方法がわかりやすいというのは、換言すれば看護者が自分の役割を果たしやすいと考えているということになるからである。別の角度から見ると、自分たちのケアを受けるといふ患者役割を見出し、それを患者に期待しているということである。看護者は、統合失調症や躁うつ病の患者と接することによって、それらの患者は患者役割をもつ人たちであると認知しているということになり、実際に看護者は役割期待を患者に寄せている。

ところが、このことがBPD患者と接する際に、看護者にとって穏やかでない状況を招くことになる。看護者は、統合失調症や躁うつ病の患者が示す症状や行動といった わかりやすい フレームをベースにして、精神科病棟に入院してくる患者の状態像を解釈・評価しようとしている。つまり患者理解のためのベーシックフレームが看護者には存在する。特に統合失調症の絶対数が多いために、統合失調症の患者と接することによって形成されたフレームをベースに用いて比較・分類し、新しい患者の理解に勤めようとするのはむしろ当然の成り行きであろう。

これらのベーシックフレームに、BPD患者を当てはめて患者の状態像を理解しようとする際に、BPD患者がときに妄想めいた話をし

たり、抑うつ的であったり、反対に軽躁状態を呈していたりすれば、これまでのベーシックフレームに則ってBPD患者の状態を解釈・評価し、看護者にとって わかりやすい 対処法で対応することができる。しかし、当てはまらなければ看護者自身が安心を得られない状態に陥り、BPD患者は患者役割から逸脱した状態として認知される。

看護者は次に“健常者”というフレームにも通してみようとする。しかし、どこが違うのか判然とせず“通常とはどこが違う人”という評価に伴って 違和感 を自覚する。ここでも“健常者”という看護者のフレームから 逸脱した存在 として認知することになる。さらに看護者は、自分たちの生活の中で培ってきたさまざまな価値観をフレームとして用い、BPD患者を理解しようとする。

「いやもう、見た目も普通、そこら辺におる人とまったく変わらない感じ」「どこが病気なんかなあ、しゃべっても妄想などはないし 理解の困難」

こうして価値観のフレームにさえ当てはまらない時には、「曖昧で判然としないとなえにくい人」という評価を下し、看護者は当惑してしまう。

Goffmanによれば、人は不測の事態において不安を感じ、それゆえにうまく対処できなくなると当惑するという。さらに、相互作用している間はくつろいでいるのが自然であり、当惑は通常の状態からの逸脱であると述べている²⁵⁾。看護者はフレームを通すことによって、BPD患者が“患者役割”をまっとうできるかどうかを判断していると言える。しかも、看護者の期待する患者役割とは、自分たちの理解の範囲内で行動し、看護者の手間を取らせないように入院生活を送ることを暗に含み、それができなければ 悪い と認知する状況が生じている。これではBPD患者は、看護者に看護者の都合の良い役割を期待されていると言わざるをえず、看護者がこれに気づかなければ、いつまでも看護者自身の中にある当惑の芽を刈り取ることができない。また、看護者の不安な状態は持続し、BPD患者は自分を理解してもらえないという苛立ちと不安に嘖まれる状況を招きかねない。

(3) 優先されるフレームと強化されるフレーム

今回の調査によって、机上での学習やインターネットの情報も、BPD患者を解釈・評価する時のフレームになっているという結果が導かれた。先行研究において、BPDに関する知識の乏しさが指摘され、教育が重要であることは既に述べられている。看護者は、資格を取得する過程で受けた看護教育による知識とは別に、現任においても何らかの形で教育を受け、さらにはさまざまなメディアを通してBPDに関する知識を習得している。そして、実際にBPD患者との相互作用においてそれらをフレームとして用いているのである。

教育によって知識が得られると、看護者のBPD患者に対する行動が教育前と後では変化する^{26)~31)}ことはMillerとDavenportが報告している。これはBPD患者に対する解釈が柔軟になり、対応の幅が広がる可能性を示唆している。本調査においても、積極的に対応するという形でその傾向は見られた。しかし一方では、それらの知識によって看護者のBPD患者に関する解釈と評価が支配されてしまい、かえって柔軟性に欠けた認知をするといった事態も起きている。

「インターネットで人格障害とか境界例と診断された人の、生き立ちを語っているようなものを読ませていただいているんですけど、(現実には)全然そんな風なことを感じないんですよ、ほんとに境界例？って感じで ネット上の境界例イメージとのギャップ」

このような現象は、教育やメディアで得た知識に限らず、さまざまな相互作用によって作られたフレームによっても引き起こされる。

このような事態が起こる要因として、フレームの形成における2つの要素を指摘できる。1つは、看護者が知識として持っているフレームと患者の状態が一致すると認知された場合、そのフレームは妥当性の高いフレームとして看護者にインプットされ、次にBPD患者と接し、似たような場面に遭遇すると妥当性の高いフレームとして優先的に使用されるということである。この場合は比較対照するというよりはむしろ、そのフレームに当てはまったものとして患者を見ようとするこ

になる。例として、BPD患者は《性的に逸脱している》という知識がある場合について述べると、ある看護師が最初に接したBPD患者に多くの異性との性体験を有するという既往があれば、まずこのフレームを通し《性的に逸脱している》と認知する。次の機会に、現在もパートナーをもつ女性のBPD患者が病棟で常時(入れ替わりで)男性患者と一緒に行動し、必要以上に男性患者に身体を寄せる場面にかかわったその看護師はこのフレームが呼び起こされ、《性的に逸脱している》人として認知する。このようにしてフレームは妥当性のあるものとして認知され、次にその看護師が別の機会に別のBPD患者と話をしている、BPD患者があからさまに男性看護師と話をしたいと要求し会話を中断したりすると、《性的に逸脱している》というフレームが使用されていく。この例の場合“逸脱”といった極端な解釈を必ず行うとは断定できない。しかし、それぞれの患者に対して異性への関心が比較的高い患者と解釈・評価し、“異性への頻繁な接近”に遭遇すると「性的に逸脱している」というフレームが優先的に使用されていると考えられるのである。

「女性のボーダーの患者さんって男の人好きですよ 男好き」

「看護師と夜勤していると、絶対寄ってきませんね、あからさまに無視ですよ 同性を無視」

もう一点は、フレームが優先的に用いられることを繰り返すことによって、そのフレームは強化されるということである。つまり、《妥当性が高い》フレームから《確信》に近いフレームになるということである。看護者は、BPD患者が病棟で入院生活を送っている限り、彼らとの相互作用を繰り返し経験する。“経験の繰り返し”の中で、似たような場面に遭遇すると優先フレームはその度に優先フレームとして使用され、それが強化されていくことになるのである。さらにフレームは“経験の繰り返し”のほかに、患者と相互作用するその時々湧く看護者の感情によっても強化が促進されると考えられる。

フレームが優先され、強化されるというのは、換言すれば固定観念を生み出すというこ

とである。これは、自己と他者が相互作用していることを示しているという意味においては受け入れられることである。しかし、「人」と相互作用すること自体を業とする看護の職場においては、このことが仇になることがある。固定的なフレームを通して対象を解釈・評価する³³⁾ということは、「生きた真実から隔たる」状況を招くからである。つまり、BPD患者の本来の姿を見逃してしまうことになりかねないということである。

5)「BPD患者の看護は難しい」という観念の形成

「BPD患者の看護は難しい」という観念の形成過程の始点は、看護者がBPD患者と相互作用し、まずBPD患者を認識するところにある。そして、看護者の自己との相互作用過程で、日常的に経験しているさまざまな相互作用によって得たフレームを通してBPD患者の解釈と評価が行われ行為を生み出すという一連の流れを無意識のうちに繰り返している。フレームの用いられ方は様々であるが、患者から受けた刺激が既存のフレームに当てはまらず意味の理解に苦しんだり、既存のフレームに無理やり当てはめて固定的にとらえたままであると、看護者はBPD患者との接触を意図的にあるいは無意識のうちに避けようとするようになる。このときに生じているのが「BPD患者の看護は難しい」という観念である。看護者が自己との相互作用する過程で、フレームを曲げたり伸ばしたりする感覚でより柔軟に扱うか、反対に既存のフレームには当てはめずに取り入れた刺激を取り入れたままに受け入れることができれば、難しいという観念は拭い去ることができるかもしれない。

おわりに

看護が難しいのは、何もBPD患者の看護に限ったことではない。しかしながら、なぜ、こんなにもBPD患者の看護が難しいと言われるのか。それは患者を認知していく過程での認知の仕方、つまりはフレームの用いられ方が大きく影響していることが示唆された。

難しいことは決して悪いことではないし、むしろ「難しさ」が看護者としてのアイデンティティを高める要素になりうることも今回の調査では示唆された。そのことについては文面を改めることとする。

あきらめや悲嘆を含んだ「BPD患者の看護は難しい」という観念からの脱出は、自分自身の内面と向き合うことが鍵になると思われる。自己との相互作用がいかに行われているのか振り返ることによって、「BPD患者は難しい」が「難しい、でも楽しい」あるいは「おもしろい」に変化していくことが期待される。

謝 辞

本研究でご協力いただいたA病院のスタッフの皆様と、暖かい励ましと助言をいただいた滋賀医科大学教授瀧川薫先生に深謝いたします。

引用文献

- 1) Gallop, R., and Wynn, F. : The Difficult Patient : Identification and Response by staff . Canadian Journal of Psychiatry , 1987 ; 32 : 211-215 .
- 2) Colson, D. B. : Difficult Patients in Extended Psychiatric Hospitalization : A Research Perspective on the Patient, Staff and Team. Psychiatry, 1990 ; 53 : 369-382 .
- 3) Hinshelwood, R. D. : The difficult patient. The role of scientific psychiatry in understanding patients with chronic schizophrenia or severe personality disorder. British Journal of Psychiatry, 1999 ; 174 : 187-190 .
- 4) Cleary, M., Siegfried, N. and Walter, G. : Experience , Knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. International Journal of Mental Health Nursing, 2002 ; 11 : 186-191.
- 5) Blumer, H. Symbolic Interactionism Perspective and Method. New Jersey, U. S. A : Prentice-Hall, Inc. , Englewood Cliffs ; 1969 : 後藤将之訳。シンボリック相互作用論 パースペクティブと方法。勁草書房 ; 1991.
- 6) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders Fourth Edition.

- Washington D. C. 1994 : 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸
訳 : 精神疾患の診断・統計マニュアル DSM-
1996 ; 医学書院 .
- 7) 西園昌久 . わが国における人格障害患者の治療
に関する実態調査と入院治療 - 人格障害の治療体
系構築のために - . 精神分析研究, 1997 ; 41 (5) :
404-419 .
- 8) Hinshelwood, R. D. : 前掲論文. 1999
- 9) Gallop, R., Lancee, W. J., and Garfinkel, P. How
Nursing Staff Respond to the Label “ Borderline
Personality Disorder ”. Hospital and Community
Psychiatry, 1989 ; 40 (8) : 815-819.
- 10) Gallop, R. and Wynn, F. : 前掲論文. 1987.
- 11) Blumer, H. 前掲書. 1969.
- 12) 木下康仁 . グラウンデッド・セオリー・アプロー
チ質的実証研究の再生 . 弘文堂 ; 1999 .
- 13) 木下康仁 . 質的研究の方法論を問う . 日本看護
研究会学会誌, 2003 ; 26 (1) : 31-44 .
- 14) 木下康仁 . 前掲書 . 1999 .
- 15) 荒地ムツ子 : 境界例患者の対応における看護者
の中立性について . 精神科看護 , 1988 ; 27 : 70-74 .
- 16) Piccinino, S. : The Nursing Care Challenge Borderline
Patients. Journal of psychosocial Nursing, 1990 ; 28
(4) : 22-27 .
- 17) 野嶋佐由美, 畦地博子, 森岡三重子他 : 精神科
看護者の境界性人格障害に対するとらえ方と態度 .
看護研究 , 1995 ; 28 (6) : 2-10 .
- 18) O'Brien, L. : Inpatient nursing care of patients with
borderline personality disorder : a review of the literature.
Australian and New Zealand Journal of Mental Health
Nursing, 1998 ; 7 (4) : 172-83.
- 19) Saverimutte, A., and Lowe, T. : Aggressive incidents
on a psychiatric intensive care unit. Nursing Standard,
2000 ; 14 (35) : 33-36.
- 20) Bowers, L. : Manipulation : searching for an
understanding. Journal of Psychiatric & Mental health
Nursing, 2003 ; 10 (3) : 329-334 .
- 21) Parsons, T. The Social System. The Free Press. 1951 :
佐藤勉訳 . 社会体系論 , 現代社会学大系 . 青木書
店 . 1974 .
- 22) Merton, R. K. : Social Theory and Social Structure
Toward the Codification of Theory and Research. The
Free Press. U. S. A. 1949 : 森東吾, 森好夫, 金沢実他
訳 . 社会理論と社会構造 . みすず書房 . 1961 .
- 23) 厚生労働省統計 .
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html> . 1999 .
- 24) Gallop, R., Lancee, W. J., and Garfinkel, P. : 前掲論
文 . 1989 .
- 25) Goffman, E. INTERACTION RITUAL : Essays on
Face to Face Behavior. Philadelphia through Charles E.
Tuttle Co., Inc. 1967 : 広瀬英彦, 安江孝司訳 . 儀礼と
しての相互行為 対面行動の社会学 . 法政大学出
版局 . 1986 .
- 26) 野嶋佐由美, 畦地博子, 森岡三重子他 . 前掲論
文 . 1995
- 27) O'Brien, L., and Frote, J. : Providing nursing care for a
patient with borderline personality disorder on an acute
inpatient unit : A phenomenological study . Australian
and New Zealand Journal of Mental Health Nursing,
1997 ; 6 : 137-147.
- 28) Fallon, P., Bluglass, R., Edwards, B., and Daniels, G.
Report of the Committee of Inquiry into the Personality
Disorder Unit, Asfworth Special Hospital, Volume1. Her
Majesty's Stationery Office. London. 1999.
- 29) Flood, C. : What are personality disorder and are they
treatable? . British Journal of Nursing, 1999 ; 8 (4) :
231-234.
- 30) Cleary, M., Siegfried, N. and Walter, G. : 前掲論文 .
2002.
- 31) Melia, P., Moran, T., and Mason, T : Triumvirate
nursing for personality disorder patients : crossing the
boundaries safely. Journal of Psychiatric & Mental health
Nursing, 2003 ; 6 (1) : 15-20.
- 32) Miller, S. A., and Davenport, N. C. : Increasing staff
knowledge of and improving attitude toward patients with
borderline personality disorder. Psychiatric Services,
1996 ; 47 (5) : 533-535.
- 33) 新島正 . ユーモア - 教養への反省 - . 潮文社 . 1958 .